PLANIFICATION ET ÉVALUATION

Série Études et analyses

ENSEIGNEMENTS À RETENIR DES HMO AMÉRICAINS

Québec

32

ENSEIGNEMENTS A RETENIR DES HMO AMERICAINS

Yvon Brunelle
Evaluation – Recouvrement de la santé

Denis Ouellet
Planification stratégique

Direction générale de la Planification et de l'Evaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

92-07018/

Ce document est disponible à la Direction de l'Evaluation, MSSS, 1075 Chemin Ste-Foy, 3e étage, Québec, G1S 2M1, Tél.: (418) 643-2045.

ISBN: 2-550-18691-5

Dépôt légal-2e trimestre 1988

Bibliothèque nationale du Québec

Résumé

Le but de cette nouvelle étude est d'identifier les caractéristiques des différents HMO qui ont, aux Etats-Unis, un effet important sur leur efficacité en terme d'objectifs de santé, sur leur efficience, ainsi que sur l'équité face aux différents groupes qui composent la population.

Nous savons que les HMO américains ne réagissent pas tous de la même façon, même s'ils sont situés dans le même contexte. Certaines combinaisons de variables produisent des dynamiques particulières et peuvent accentuer ou réduire des avantages ou des inconvénients.

Les HMO américains présentent une grande diversité (statut, type de HMO, taille, etc.). Une analyse de cette diversité permet d'apprécier l'importance de ces caractéristiques en regard de principes comme l'accessibilité, la non sélection de clientèle, la qualité des soins et services, l'efficience. Cette analyse, même restreinte de l'expérience américaine, nous permet de retenir certains enseignements. Ceux-ci seront pertinents dans l'éventualité du développement, au Québec, d'une formule s'inspirant des HMO.

Commanditaire*

Il ressort que les commanditaires* à but lucratif semblent laisser la porte ouverte aux profiteurs*. La plupart des scandales impliquant des HMO ont été le fait de commanditaires* à but lucratif. Par définition ces derniers tendent à s'approprier une partie des revenus à titre de profits.

Les groupes ou individus attirés par cette forme de parrainage financier font souvent montre d'un dynamisme particulier à la fois dans l'offre de services et dans la capacité de déjouer les contrôles. Ils sont très réfractaires aux contrôles extérieurs.

Indépendamment du statut légal, quatre grandes catégories de commanditaires* potentiels peuvent être identifiés aux Etats-Unis.

---

1 Le lecteur, peu familier avec le système de soins américain ou les HMO, trouvera en annexe un lexique décrivant certains des termes les plus courants. On y propose aussi des équivalents français. Les termes décrits dans le lexique sont suivis d'un astérisque dans ce texte.

Réseau. Les HMO dont le principal commanditaire* est un hôpital sont considérés parmi les moins performants en terme de coûts. Par nature un hôpital tend à occuper ses lits et un HMO, au contraire, à moins les utiliser. On ne signale toutefois pas de problèmes de sélection de clientèle ou de contrôle de qualité.

Médecins. Plusieurs HMO ont été démarrés, surtout récemment, par des médecins (souvent des IPA*). En soi il ne semble pas y avoir de problèmes majeurs.

Entrepreneurs privés. Il y a eu de véritables escrocs chez ces commanditaires*. Ceux-ci sont apparus devant un nouveau marché alléchant. Lorsque les gouvernements ont brusquement dirigé leurs clientèles (Medicare*, Medicaid*) vers les HMO, plusieurs ont pensé avoir découvert un nouvel Eldorado. Mais une expérience réduite de l'offre de soins, une vision simpliste de l'organisation d'un HMO et une connaissance sommaire des besoins des clientèles, constituaient trois éléments susceptibles d'engendrer des problèmes.

Coopératives. Plusieurs HMO ont été fondés sur une base coopérative. Souvent on note leur intérêt pour la clientèle, dont les groupes difficiles à desservir. Mais ils détiennent le plus mauvais dossier en terme de gestion.

Type de HMO

La place occupée par les médecins et certains autres professionnels associés (psychologues, dentistes) influe lourdement sur le HMO. En HMO l'administration centrale forte tend à réduire la consommation et les services. Le groupe des médecins devient le principal "chien de garde" de la qualité des services. On identifie généralement quatre modèles différents.

Modèle d'employés*. Ce modèle intègre les médecins à titre de salariés. Leur position y est vulnérable s'il sont soumis sur une base individuelle. A une grande sécurité professionnelle et d'emploi s'oppose un pouvoir professionnel réduit.

Modèle de groupe*. Ce modèle se caractérise par le poids qu'il donne aux médecins. Ce sont des motifs de garantie de qualité qui semblent amener le recours à ce type d'organisation. Les médecins ne peuvent plus être soumis sur une base individuelle.

Modèle cellulaire*. Cette formule est souple et moins conflictuelle que la précédente. Mais les médecins y sont plus vulnérables et les effets indésirables (sélection, qualité) peuvent plus facilement s'y manifester.

Modèle individuel*. C'est la formule la plus simple à mettre sur pied. Le bureau du médecin devient un point de service. Les changements apparaissent moins drastiques tant pour le consommateur que pour le dispensateur. Cependant la sélection de clientèle y est facile, les contrôles de qualité difficiles et certains avantages d'un HMO tendent à s'estomper (coordination, prévention, interdisciplinarité).

La taille d'un HMO est aussi un élément important. Il est plus laborieux de développer un gros HMO. En revanche les risques au plan de la sélection et de la qualité y sont moindres que dans un petit HMO. Si les petits HMO s'adaptent facilement, sont peu bureaucratiques et facilitent la participation, ils sont aussi très fragiles.

Contrôle de la sélection

La tentation de choisir ses clients est nécessairement forte pour n'importe quelle organisation financée par prépaiement*. Cette sélection ne devient d'ailleurs un réel problème que dans la mesure où elle est financièrement avantageuse ou désavantageuse pour une organisation.

Certains éléments accentuent ou au contraire réduisent les risques de sélection. Le calcul de la capitation, le type de confinement* et les règles de membership sont parmi les plus importants.

Capitation. Le montant perçu par personne est certainement le tout premier élément menant directement à une pratique de sélection. La tendance actuelle des différents niveaux de gouvernements de négocier une capitation systématiquement inférieure au coût moyen, tout en maintenant pour les HMO un contexte où ceux-ci doivent offrir plus pour attirer la clientèle, exacerbe les tendances à sélectionner. Afin de minimiser les risques de pertes, la recherche des cas potentiellement les moins coûteux devient une question de survie.

Confinement*. Le confinement*, pour un temps défini (en général un an), apparaît nécessaire à la fois pour éviter la sélection favorable ou défavorable à l'organisation. Cette clause permet de protéger l'organisation en l'assurant qu'un besoin brusquement pressenti par des individus, ne se manifeste par une adhésion très temporaire pour bénéficier à bon compte de ce seul service. Le confinement* tempère aussi les exclusions trop rapides. Un bon monitoring des ex-bénéficiaires contribue à déceler ou corriger un biais de sélection trop négatif ou trop positif, des adhérents ou des offreurs.

Membership. Le premier niveau d'adhésion à un HMO est celui de grands groupes (employeurs, gouvernement, etc.). A l'intérieur de ces différents groupes, les adhésions se font sur une base individuelle. Une telle formule protège mieux les personnes déjà atteintes dans leur santé. La sélection fine devient plus difficile pour une organisation. Le groupe constitue un niveau de recours et une force de pression.

Privilégier une adhésion en deux temps (groupe-individu) assure une meilleure protection aux personnes. Mais c'est aussi un avantage pour le HMO puisque le recrutement est facilité et que le groupe agit à titre de caution.

Contrôle de la qualité

Après la sélection de clientèle, la question de la qualité des soins et services est le point le plus important à surveiller en HMO, comme dans tout financement par prépaiement*. Cependant il ressort clairement de la littérature et du rapport de mission que la qualité n'est pas un problème en HMO, sauf exceptions.

L'argumentation classique veut qu'un des effets indésirables (pervers) soit de lésiner sur la qualité. Effectivement pour des entrepreneurs ayant un horizon de court terme, tout financement

par prépaiement* est une aubaine qui se traduira par des problèmes majeurs, pour la clientèle, au niveau de la qualité (accès, disponibilité, compétence). Le scandale californien* montre que des profiteurs se retirent après avoir fait un profit rapide, laissant en plan les clients.

Cependant la grande majorité des HMO ne sont pas dans cette situation. Les investissements sont trop importants, exception faite des IPA*, pour permettre une perspective de court terme. De plus, le lésinage sur la qualité semble être réduit par 1) une détérioration de la santé encore plus coûteuse 2) les possibilités de perdre des clients 3) la crainte de poursuites.

Le monitoring fait par l'organisme lui-même est important. Ce monitoring porte sur les consommateurs (satisfaction, motifs de départ), les résultats ("outcomes", "adverse-outcomes") et les médecins (profils de pratique, protocoles). De plus, un contrôle analogue par les divers palliers de gouvernement est fondamental.

Consommateurs

En HMO le souci de satisfaire les clients est évident. La mobilité que peuvent exercer les consommateurs rend les HMO respectueux. Tous sont conscients que la meilleure publicité est, dans ce domaine, le bouche à oreille. Cette grande mobilité, du moins pour les clientèles habituelles, constitue un pouvoir de pression important. Cette mobilité existe aussi bien au niveau des individus, ce qui apparaît peu dommageable pour un HMO, qu'au niveau de groupes, ce qui devient beaucoup plus inquiétant. Les mécaniques pour recueillir les plaintes, y donner suite, interroger les motifs de départs, connaître la satisfaction sont sans commune mesure avec la situation québécoise.

Aux Etats-Unis les arguments pour convaincre des individus d'adhérer portent sur la qualité des soins et services, les prix, l'importance de la couverture, la renommée ou finalement sur une offre complémentaire de services (soins dentaires).

Contexte

La concurrence entre systèmes ou entre HMO eux-mêmes explique en partie la sensibilité de ces organisations à leurs clientèles et leur faible tendance à lésiner sur la qualité. Si une certaine concurrence rend prudent dans le traitement des clientèles et atténue certains effets indésirables, une exacerbation de celle-ci accule des organisations sérieuses à des choix difficiles et dangereux.

L'exemple américain semble montrer que laisser une offre croître en se disant que les "meilleurs" survivront, implique une vision tronquée de la réalité. Dans un tel contexte les "meilleurs" ne sont pas nécessairement ceux qui donnent satisfaction aux consommateurs ou qui dispensent les services d'une façon plus efficiente. Ce sont aussi ceux qui évitent les clientèles coûteuses et les hauts risques en sélectionnant les "bons" clients.

Conclusion

Il ressort de cette analyse, qu'aux Etats-Unis les commanditaires* de HMO à but lucratif, d'entrepreneurs privés, de modèle individuel* et de petite taille constituent probablement la combinaison la plus susceptible d'amener des problèmes aux plans de la qualité et de la sélection. En revanche les commanditaires* de type coopératives, sans but lucratif, de bonne taille et de modèle groupe* sont les moins susceptibles de susciter ce type de difficultés.

Introduire, au Québec, une organisation de type HMO posera des problèmes particuliers. il est possible que certaines variables jouent différemment ici, mais il faudrait le démontrer. La prochaine étape consiste donc à voir comment les caractéristiques observées aux Etats-Unis peuvent être retraduites ici, compte-tenu des principes de notre système et des objectifs que nous poursuivons.

Impact de différents types d'HMO sur certaines variables (santé, efficience et équité)

Types de HMO	Impact sur les variables		
	Santé et Qualité des services	Efficience et performance économique	Equité et sélection
Commanditaire			
But lucratif	Risque face à un horizon de court terme	Dynamique, mais allergique aux risques. Défie les contrôles externes.	Tendance prononcée à la sélection
But non lucratif	S/O	S/O	Sélection moins prononcée
Hôpital	S/O	Contradiction entre la réduction de l'utilisation des lits et sa mission hospitalière	S/O
Groupe de médecins	S/O	S/O	S/O
Entrepreneur privé (businessman)	Contradiction entre les objectifs de santé et les objectifs de profits. Manque d'expérience dans l'offre de services	S/O	Tendance prononcée à la sélection
Coopérative	Orienté vers les plus vulnérables et reflète le milieu	Capacité de gérer remise en question	Favorise davantage l'équité
Fonctionnement			
Staff model (employés)	Pression de l'employeur pour réduire les coûts est en contradiction avec les normes d'éthique des professionnels. Coordination et contrôle de la qualité est facilité	Lourd à mettre en place	S/O
Group model (groupe)	Fort en regard du respect de l'éthique	Lourd à mettre en place	S/O
Network (cellulaire)	Difficile à contrôler, à coordonner les services, à implanter des politiques	S/O	Sélection facilitée
IPA (individuel)	Très difficile de contrôler les éléments sus-mentionnés	Très aversif au risque. Capitation inadéquate pour de si petites entités. Facile à mettre en place	Sélection ultra-facile et très difficile à détecter
Taille			
Petits	Adapte rapidement les services aux besoins	Risque financier très élevé pour eux. Difficile d'établir la capitation	Difficile de contrôler la sélection.
Gros	Facilité pour coordonner un grand ensemble de services	Plus lourd à mettre en place	S/O
Emplacement			
Rural	Captivité de la clientèle peut avoir un impact important sur la qualité	S/O	S/O
Urbain	S/O	S/O	Sélection

S/O = Sans objet, sans effets négatifs connus

N.B. Toute mécanique de capitation soulève le risque de la sélection de la clientèle. Cette sélection est plus facile sous certaines conditions. La captivité de la clientèle, en milieu rural par exemple, peut avoir un impact très défavorable en regard de la qualité et de la nature des services rendus. Ce problème potentiel de qualité est l'apanage de toute forme de capitation régionale.

Avant-propos

Le lecteur, peu familier avec le système de soins américain ou les HMO, trouvera en annexe un lexique décrivant certains des termes les plus courants. On y propose aussi des équivalents français. Les termes décrits dans le lexique sont suivis d'un astérisque (*) dans ce texte.

Cette étude a vu le jour grâce à la collaboration de plusieurs personnes. Les auteurs tiennent à exprimer leurs remerciements à **François Camirand, Marc-André Maranda, Sylvie Montreuil** et **Jean Turgeon** pour leurs intéressantes critiques, et à **Sylvie Montreuil** et **Alain Saucier** pour leur collaboration à l'édition sur micro-ordinateur.

La documentation a été recueillie par **Gilles Picard**.

Table des matières

Résumé	iii
Avant-propos	ix
Table des matières	x
Introduction	1
1.Commanditaire	4
2. Type de HMO	7
3. Contrôle de la sélection	10
4. Contrôle de la qualité	14
5.Consommateurs	17
6. Contexte	19
Conclusion	22
Annexe-lexique	23
Bibliographie	28

Introduction

1. But du document

Ce quatrième document constitue l'une des étapes d'une vaste réflexion sur les HMO (Health Maintenance Organizations), visant à éclairer les décideurs quant aux avantages et inconvénients d'une éventuelle introduction de la formule HMO en sol québécois. Pour l'instant on désignera la formule québécoise du sigle **OSIS: Organisation de soins intégrés de santé**. Ce document fait suite à trois autres textes (A propos des HMO, Contraintes à l'implantation de HMO, Compte rendu de la mission aux Etats-Unis sur les HMO) et réfère fréquemment au dernier, en plus de s'appuyer sur une importante revue de littérature (voir bibliographie).

Le but de cette nouvelle étude est d'identifier les caractéristiques des différents HMO qui ont, aux Etats-Unis, un effet important sur leur efficacité en terme d'objectifs de santé, sur leur efficience, ainsi que sur l'équité face aux différents groupes qui composent la population.

Aux Etats-Unis on retrouve différents types de HMO. Tous correspondent à une même définition. Ce sont des organismes qui offrent à une clientèle définie, adhérant sur une base volontaire et pour un temps déterminé, un ensemble prédéterminé de services auprès d'une gamme limitée de dispensateurs. Ces organismes sont payés par prépaiement*, indépendamment de la consommation des usagers.

Les HMO réagissent à des incitatifs structurels*, présentent certains avantages et recèlent des inconvénients. On considère généralement que des organisations de ce type ont intérêt à la prévention, à la coordination des services, à l'intégration des disciplines et à l'autonomie des individus. De la même façon on sait que les incitatifs de base peuvent conduire à la sélection de clientèle et poser des problèmes en terme de qualité, en lésinant sur les services ("underservicing").

Les avantages ou inconvénients d'une organisation de ce type peuvent varier beaucoup en fonction de la place occupée par chacun des groupes d'acteurs (bénéficiaires, dispensateurs, etc) et des possibilités de "jouer" le système.

Nous savons que les HMO américains ne réagissent pas tous de la même façon, même s'ils sont situés dans le même contexte. Certaines combinaisons de variables produisent des dynamiques particulières et peuvent accentuer ou réduire des avantages ou des inconvénients. Dans l'éventualité de l'expérimentation d'une OSIS québécoise on doit être conscient des principaux éléments à favoriser compte tenu des objectifs poursuivis et des effets indésirables (pervers) à

circonscrire. Sur ce plan les HMO américains constituent une source importante de renseignements.

Il est possible que dans un système de soins différent de celui des Etats-Unis, les mêmes incitatifs ne jouent pas avec la même intensité pour une organisation s'inspirant de la formule HMO. Mais alors il faudra en faire la démonstration. L'exemple de la rémunération à l'acte nous montre que, peu importe le système de soins et le pays (Abel-Smith 1984, Contandriopoulos 1986, Enthoven 1980, Evans 1984, Stoddart 1987), un même incitatif tend toujours à opérer de la même façon. Nous pouvons raisonnablement penser qu'il en serait de même pour une formule s'inspirant des HMO.

Les principaux éléments à surveiller se situent, en particulier, au niveau du commanditaire* ("sponsor"), de la place occupée par les médecins, de la taille de l'organisation, des mécanismes de recrutement de la clientèle et de contrôle de la qualité. On doit aussi considérer le pouvoir donné au consommateur ainsi que certains éléments de contexte dans lequel évolue une telle organisation.

2. Points à traiter

Les points qui semblent les plus importants à traiter, compte tenu de l'information disponible sur les HMO, sont:

1) Le commanditaire* ("sponsor"). Toute organisation de type HMO repose sur une administration responsable de l'ensemble des services dispensés à ses clients. Aux Etats-Unis cette administration est menée par un commanditaire*. Les buts poursuivis varient selon le type de commanditaire*. Certains types de commanditaires* sont plus susceptibles d'amener des problèmes au plan des effets indésirables ou de favoriser certains avantages.

2) Type de HMO. On compte quatre grands groupes de HMO. Ils se caractérisent par la place occupée par les médecins et professionnels associés (psychologues, dentistes). On peut aussi distinguer les HMO par leur taille, mesurée habituellement par leur volume de clientèle. La capacité d'offrir les services, ainsi que le comportement des administrateurs et des dispensateurs varient selon la taille.

3) La sélection de la clientèle. C'est l'effet indésirable le plus redouté de toute organisation fonctionnant sur une base analogue à celle des HMO. Une organisation de ce type à un fort intérêt à choisir sa clientèle. Toute une série d'éléments tournent autour de cette question et tendent à accentuer ou à réduire les biais de sélection.

4) Le contrôle de la qualité. Toute mécanique de prépaiement* comporte un incitatif à lésiner sur la qualité des soins. Moins la clientèle est mobile et moins il est possible de recourir à la sélection de clientèle. Par conséquent l'organisation sera portée à jouer la qualité à la baisse.

5) Le pouvoir des consommateurs. Les consommateurs disposent, sur une base individuelle ou de groupes, d'un pouvoir non-négligeable. Ceci contribue à corriger les effets indésirables. Cependant tous les types de HMO ne sont pas également sensibles aux consommateurs, surtout si certaines conditions ne sont pas respectées.

6) Le contexte. La présence de certains éléments contextuels permet aussi de corriger ou d'amplifier des avantages ou des effets indésirables.

Chapitre 1

Commanditaire

1.1 Lucratif ou non

Bien que cet aspect n'ait pas nécessairement une importance aussi grande que ce qui était conçu au départ par les auteurs de ce document, il n'en reste pas moins que les buts poursuivis et la façon de les atteindre varient en fonction de la nature du commanditaire*.

Il est certes toujours possible de camoufler un aspect lucratif. Les Etats-Unis regorgent d'exemples où des organismes à but lucratif se dissimulent sous une bannière non-lucrative à titre transitoire, pour se protéger ou se faufiler , ou pour bénéficier de certains avantages (rapport de mission pages 75-85 et scandale californien*).

Il ressort des consultations, que les commanditaires* à but lucratif semblent faciliter l'introduction de profiteurs*. La plupart des scandales, impliquant des HMO aux Etats-Unis, ont ainsi été le fait de commanditaires* à but lucratif. Par définition ces derniers tendent à détourner une partie des fonds à titre de profits plutôt que de fournir de nouveaux services (rapport de mission pages 65-85).

Il semble aussi que parfois des commanditaires* de ce type offrent peu de pérennité (expérience de l'Arizona*). Devant la présence d'un nouveau marché alléchant, ils se manifestent avec beaucoup de rapidité, mais ils peuvent aussi se retirer à la même vitesse.

Les HMO à but lucratif constituent un phénomène assez récent et mal cerné. Il ne semble pas qu'un HMO à but lucratif soit plus efficient que ceux à but non-lucratif, mais en revanche ils sont plus sélectifs face à leur clientèle (Anderson 1986, Brown 1983, Fox 1986, Soderstrom 1987, expérience de l'Arizona*).

Les groupes ou individus attirés par cette forme de parrainage financier (but lucratif) font souvent montre d'un dynamisme particulier à la fois dans l'offre de service et dans la capacité de déjouer les contrôles. L'exemple américain montre que ces HMO sont plus réfractaires aux contrôles extérieurs (voir rapport de mission pages 15-33, 75-85).

1.2 Type de commanditaire*

Quatre grandes catégories de commanditaires* potentiels peuvent être identifiées aux Etats-Unis: réseau (hôpital), groupe de médecins, entrepreneurs privés (assurances) et finalement coopératives (consommateurs). Certains enseignements peuvent en être tirés.

1.2.1 Réseau

Les HMO dont le principal commanditaire* est un hôpital sont considérés parmi les moins performants, du point de vue contrôle des coûts (rapport de mission pages 15-47, 75-85). Par nature un hôpital tend à remplir ses lits et un HMO, au contraire, à les vider. Les taux d'occupation excessivement bas qui prévalent actuellement aux Etats-Unis (souvent près de 50%) rendent la contradiction encore plus aigüe. Les hôpitaux américains ne peuvent se recycler facilement vers les soins de longue durée, ceux-ci n'étant pas assurés par le privé (1-2%) ni par Medicare*. En revanche on ne signale pas de problèmes particuliers en terme de sélection ou de qualité.

1.2.2 Médecins

Plusieurs HMO ont été implantés, surtout récemment, par des médecins (souvent des IPA*). En soi il ne semble pas y avoir de problèmes majeurs. On peut cependant faire quelques réserves sur l'option IPA* (voir section 2.1).

Les médecins américains ont, jusqu'à ces derniers temps, lutté avec énergie contre les HMO. Mais il faut aussi se rappeler que certains des plus célèbres (Kaiser, Puget) ont été lancés grâce à la collaboration de médecins.

1.2.3 Entrepreneurs privés

De nombreux HMO ont été lancés, en particulier depuis le début des années 80, par des entrepreneurs privés (assurances, hommes d'affaires). Ces HMO ont plus tendance à être à but lucratif. Rappelons que les scandales y semblent plus associés.

Il y a eu de véritables profiteurs* parmi ces commanditaires*. Le principal problème peut provenir de la "nature" même de ceux-ci. On sait que ces commanditaires* sont apparus devant l'émergence d'un nouveau marché alléchant. Lorsque le gouvernement fédéral et certains Etats ont brusquement dirigé leurs clientèles (Medicare*, Medicaid*) vers les HMO, plusieurs ont pensé avoir découvert un nouvel Eldorado. Mais mettre sur pied un HMO est cependant difficile et desservir les clientèles Medicare* et Medicaid* n'est pas simple non plus. En fait, dans certains cas, on se retrouvait avec des commanditaires* ayant une expérience réduite de l'offre de soins, une vision simpliste de l'organisation d'un HMO et une connaissance sommaire des besoins spécifiques des personnes agées. En conséquence on pouvait s'attendre à avoir des problèmes (rapport de mission pages 15-64, 75-85 et IMC*).

A chaque fois qu'un marché a été brusquement ouvert (Scandale californien*, Expérience du Wisconsin*, IMC*, Medicare*), les Etats-Unis ont éprouvé des difficultés avec des entrepreneurs néophytes dans le domaine des soins.

1.2.4 Coopérative

Plusieurs HMO ont été fondés sur une base coopérative. Souvent on note leur grand intérêt pour la clientèle en général et certains groupes plus difficiles à desservir. Mais ils semblent cependant, aux Etats-Unis, détenir le plus mauvais dossier en ce qui concerne la capacité de gérer (voir rapport de mission pages 15-45, 75-85). On doit cependant noter que l'exemple probablement le plus étudié et le plus convaincant, le HMO Puget Sound à Seattle, est une coopérative (rapport de mission pages 85-103).

Il est vrai que le contexte américain est "sauvagement" compétitif et que les groupes coopératifs sont déchirés par les choix auxquels ils sont confrontés. Ils semblent se résigner beaucoup plus difficilement à sacrifier la clientèle (rapport de mission pages 47-65, 85-103).

Les conditions imposées par les gouvernements (fédéral et états) tendent à défavoriser ces organisations. En effet la plupart des gouvernements se tournent vers ces organisations pour économiser. Conséquemment les HMO qui accueillent la clientèle dont les soins sont couverts par l'Etat (Medicaid*), à titre de "bouche-trous" s'en sortent bien. Mais les HMO qui se structurent pour desservir adéquatement cette clientèle deviennent très vulnérables. Ces derniers se retrouvent dans la pénible situation d'offrir plus de services en quantité ou en qualité pour attirer la clientèle. Ils doivent cependant composer avec un financement partiel (95% du per capita réel dans le cas de Medicare* et souvent jusqu'à 80% pour les bénéficiaires de Medicaid*). De plus le caractère "coopératif" rend difficile pour ces organisations l'adoption de comportements discutables (sélection, couverture réduite, partage des coûts élevés, sous-contrats, etc) que des organisations concurrentes, en particulier à but lucratif, ne se gênent pas d'adopter (rapport de mission pages 47-64, 75-103).

Il n'existe aucun HMO structuré sur des pratiques alternatives (médecines douces). Mais les HMO de type coopératifs semblent plus ouverts à ce type de praticiens (rapport de mission pages 85-103).

Chapitre 2

Type de HMO

2.1 Place des médecins

La place occupée par les médecins et certains autres professionnels associés (psychologues, dentistes) influe lourdement sur la mise en place et le comportement du HMO. L'inévitable opposition administrateurs-dispensateurs se manifeste alors de diverses façons. Dans un HMO, l'administration centrale forte tend à réduire la consommation et les services. En contrepartie la force du groupe des médecins (et professionnels associés) devient, pour des motifs éthiques qu'on aurait tort de sous-estimer (Evans 84), une sorte de chien de garde de la qualité et des services requis. Les HMO à succès (Fox 1984-1986-1987) sont ceux établissant un équilibre entre les deux formes de pouvoir (rapport de mission 47-65, 109-115).

Le modèle d'employés* ("staff model") se caractérise par le fait que les médecins (et professionnels associés) sont employés du HMO et ne travaillent que pour lui. Dans le modèle de groupe* ("group model") les médecins constituent une unité indépendante avec laquelle le reste du HMO négocie mais, sauf exceptions, les médecins ne travaillent que pour ce HMO. Dans le modèle de type cellulaire* ("network") ce sont plusieurs groupes de médecins qui contractent avec le HMO. Finalement dans la formule individuelle* ("individual practice association: IPA"), les médecins continuent une pratique en bureau privé même si une partie ou la totalité de leur clientèle provient d'un ou de plusieurs HMO. Les différents modèles se caractérisent donc par la position occupée par les médecins.

2.1.1 Modèle d'employés

Le modèle d'employés* intègre les médecins à titre de salariés. Même si certains HMO tendent quand même à les protéger de l'administration, leur position y est plus vulnérable car ils peuvent être administrativement soumis sur une base individuelle. Leur sécurité d'emploi et la protection pour "faute professionnelle" y sont grandes mais leur pouvoir professionnel moins considérable (rapport de mission pages 85-103).

Rendre les médecins trop vulnérables aux pressions de l'administration est plus susceptible de créer des difficultés au niveau de la qualité des soins. Ce type de modèle est aussi assez lourd

à mettre sur pied. En revanche les contrôles de la qualité y sont facilités, ainsi que la coordination des services et l'interdisciplinarité.

2.1.2 Modèle de groupe

Le modèle de groupe* se caractérise par le poids qu'il donne aux médecins par rapport à n'importe quel autre groupe d'employés professionnels. La protection tend à y être grande (couverture de groupe pour faute professionnelle). Ce sont des motifs de garantie de qualité qui semblent amener le recours à ce type d'organisation. Les médecins peuvent se servir du poids qui leur est conféré pour faire valoir les aspects éthiques. Ils deviennent moins sensibles, individuellement, aux pressions des gestionnaires et sont redevables devant leurs pairs. Cependant une telle structure tend à consacrer le statut particulier des médecins et peut polariser les conflits. C'est aussi une organisation assez lourde à mettre sur pied. Quant à la qualité des soins et services, c'est vraisemblablement la formule offrant le plus de garanties.

2.1.3 Modèle cellulaire

La formule cellulaire* laisse plus de souplesse administrative et peut mener vers de moins grands conflits. Les médecins et professionnels associés y deviennent cependant plus vulnérables. Ce n'est plus la force de tout un groupe et il devient plus facile de ne pas renouveler le contrat d'une cellule de médecins. Les contrôles sur la qualité et le type de pratique peuvent y devenir plus difficiles. Une telle option rend plus ardu le dépistage de pratiques de sélection de la clientèle. Selon les mécaniques de partage des risques utilisées, la présence de cas lourds devient plus douloureuse pour les médecins, accentuant ainsi les tendances à la sélection. Finalement la coordination des services peut y être ardue.

2.1.4 Modèle individuel

La formule individuelle* est celle qui permet d'établir le plus rapidement et le plus simplement un nouveau HMO. Dans un tel cas, il n'y a nul besoin de nouvelles infrastructures et de déplacer physiquement des ressources. Le bureau du médecin devient une sorte de petit point de service. En conséquence les changements apparaissent moins drastiques tant pour le consommateur que pour le dispensateur.

La grande souplesse de cette formule fait aussi que la pratique de la sélection de clientèle y devient très facile. La supervision par des pairs et les pratiques de groupe sont plus difficiles. Les contrôles de qualité sont plus laborieux et certains avantages caractéristiques des HMO tendent à s'y estomper (coordination, interdisciplinarité, et même prévention).

On y maintient souvent la rémunération à l'acte avec les effets pervers connus. D'autre part lorsque les médecins opèrent à capitation les risques deviennent démesurés.

Vraisemblablement pour ces différentes raisons, c'est la formule qui se développe le plus rapidement actuellement aux Etats-Unis. C'est aussi la formule où on note le plus d'échecs (rapport de mission pages 15-45).

2.2 Taille et emplacement

2.2.1 taille

Il existe de très gros (millions d'adhérents) et de très petits HMO (moins de 5000 membres). Il est évidemment plus laborieux de développer un gros HMO et son administration ("overhead") peut devenir très impressionnante. En revanche les possibilités au niveau du monitoring sont multipliées. Le risque que quelques mauvais cas fassent "exploser" l'organisation est également réduit et les possibilités de contrôle par l'extérieur sont de beaucoup supérieures.

Les petits HMO sont très sympathiques et s'adaptent de façon rapide à des besoins spécifiques de communautés particulières dont les groupes ethniques (rapport de mission pages 75-85). Ils facilitent la participation et semblent réduire les tendances à la bureaucratisation. En revanche ils sont fragiles et peuvent aussi plus facilement permettre l'exploitation de clientèles (scandale californien*). Le suivi administratif par un organisme "contrôleur" peut devenir laborieux auprès d'aussi petits éléments. L'évaluation en terme de qualité ne peut être que très réduite.

2.2.2 emplacement

Il existe, aux Etats-Unis, des HMO en milieu rural, mais ce sont surtout des formules IPA* dont les limites sont connues (voir section 2.1). L'exemple américain montre qu'en milieu rural ou semi-urbain, un HMO peut rapidement devenir en situation de quasi-monopole (rapport de mission pages 47-65).

Dans une telle éventualité les effets pervers d'une mécanique de prépaiement* peuvent jouer pleinement. De plus, on connaît très mal cette nouvelle forme de HMO. Dans un milieu fermé, la présence d'un HMO d'importance peut rapidement mener à une absence de choix pour le consommateur. La perte de cette possibilité de choix ou d'abandon ("opting-out") rend peut-être la sélection de clientèle difficile pour le HMO. En revanche le lésinage sur la qualité peut prendre des proportions importantes. Les clientèles peu mobiles deviennent les plus menacées. Dans une situation de quasi-monopole, même les individus non membres du HMO peuvent être affectés.

La possibilité d'ouvrir des points de services ici et là semble permettre d'exercer une sélection de clientèle assez fine. Ne pas définir un territoire donné pour un HMO lui laisse toute latitude. L'organisation peut ainsi éviter de faire son expansion auprès de nouvelles clientèles jugées peu désirables. Cependant il devient possible "d'écrémer" de façon systématique les clientèles les plus rentables un peu partout (rapport de mission pages 45-75).

Chapitre 3

Contrôle de la sélection

3.1 Explication du phénomène

La tentation de choisir ses clients est nécessairement forte pour n'importe quelle organisation financée par prépaiement*. Cette sélection peut survenir à l'entrée comme en cours de route. Elle peut aussi être favorable ou défavorable au HMO. Finalement elle peut être volontaire ou involontaire.

Cette sélection ne devient d'ailleurs un réel problème que dans la mesure où elle est financièrement avantageuse ou désavantageuse pour une organisation. En fait, il importe peu qu'un HMO ne recrute que des cas très légers, si son financement reflète cette réalité.

Certains éléments accentuent ou au contraire réduisent les risques de sélection. La façon dont est calculé le montant per capita vient au premier rang. Le confinement* et le membership peuvent avoir des impacts majeurs.

On aurait tort de croire que la sélection ne joue que favorablement dans le cas des HMO ou de toute autre organisation financée sur une base de prépaiement*. Si les HMO ont la réputation de recruter des "Healthy workers" on sait aussi qu'ils ont souvent tendance à perdre leurs petits consommateurs. Les HMO se tiennent (comme toute assurance privée) loin de certains types d'employeurs (amiante). Par contre on sait que le taux de groupe ("community rate base"), de pratique très courante et longtemps obligatoire pour les HMO reconnus par le fédéral ("federally qualified"), les défavorise (rapport de mission pages 15-65, 75-103).

Les individus déjà en contact avec le système de soins ont peu tendance à changer de dispensateurs de services, sauf s'ils en sont insatisfaits. Une nouvelle organisation bénéficiera donc à priori et de façon tout à fait involontaire, d'une sélection qui lui est favorable. En effet, ce sont des individus peu en contact avec le système de soins, donc vraisemblablement moins malades, qui auront tendance à essayer autre chose.

D'autre part on peut souligner que des individus appréhendant une forte consommation auront tendance à soudainement mieux s'assurer. Or le besoin pressenti est considéré comme l'un des

meilleurs prédicteurs de recours aux services. Conséquemment un offreur plus "complet" peut ainsi se retrouver, involontairement, avec une sélection négative. Les femmes enceintes constituent un bon exemple de la sensibilité à ce type d'incitatifs. Les gouvernements reconnaissent encourager ce type de comportement chez certaines clientèles (rapport de mission pages 75-85).

On doit donc rechercher dans tout financement par prépaiement* une méthode et un calcul permettant de refléter, de façon simple, les risques réels par individu. Actuellement, aux Etats-Unis, on cherche plus à rendre le paiement per capita sensible aux caractéristiques de la clientèle, plutôt que de chercher à éliminer toute sélection de la clientèle. Ainsi une organisation sera payée de façon équitable, compte tenu des individus qui en sont membres.

3.2 Capitation

Le montant perçu par individu est certainement le tout premier élément menant directement à une pratique de sélection. Longtemps les "vieux" HMO, en particulier ceux lancés sur des bases communautaires ou humanitaires, ont pratiqué spontanément le taux de groupe ("community rate base"). Le principe en est simple. Le coût par individu ou par famille est basé sur la moyenne d'un territoire ou d'un vaste groupe et ce indépendamment de l'âge, du sexe et de l'état de santé. Ainsi les individus seuls se trouvaient à subventionner les familles, les petites familles soutenaient celles plus nombreuses et les individus en bonne santé ceux qui ne l'étaient pas (rapport de mission pages 35-65, 85-103).

Tant et aussi longtemps que les HMO ont réussi à maintenir des coûts nettement plus bas que les autres formes d'assurances ou de dispensation de soins, il n'y a pas eu problème. Mais la concurrence qui s'exerce maintenant au niveau des prix oblige à une révision. La tendance actuelle des différents niveaux de gouvernements à négocier une capitation systématiquement inférieure au coût moyen, tout en maintenant pour les HMO un contexte où ceux-ci doivent offrir plus pour attirer la clientèle, exacerbe les tendances à sélectionner.

Il est relativement facile d'anticiper une consommation pour des groupes de population. Ainsi on peut parier sans crainte de se tromper, que les personnes agées recourront plus au système de soins que les jeunes, etc. Il devient ainsi possible de prédire de façon relativement satisfaisante les coûts de groupes de population. Mais il est infiniment plus complexe de faire de même sur une base individuelle pour une consommation à court terme. Les variables habituellement disponibles (age, sexe, consommation antérieure, région) sont insatisfaisantes sur une base individuelle (rapport de mission pages 65-75).

L'exemple américain montre que plus il faut faire face à de petites unités, plus cette capitation est difficile à établir sans créer un incitatif puissant à sélectionner. Cet incitatif est d'autant plus fort que les petites unités, devant un risque de présence d'un mauvais cas, réagissent très défensivement (Greenberg 1984, Harrington 1985, Schlesinger 1986).

En conséquence les gros HMO (disons 100,000 et plus) sont à la fois plus facilement "capitables" et recellent moins d'incitatifs à la sélection. Les petites unités ne sont envisageables que dans la mesure où, comme en Californie, elles sont protégées contre les diagnostics dispen-

dieux (transplantation, SIDA, etc), les gros utilisateurs et les soins de longue durée coûteux. Cependant il demeure difficile de déceler la sélection fine que peuvent pratiquer ou dont bénéficient, involontairement, certaines unités.

3.3 Temps d'adhésion

Le confinement*, pour un temps défini (en général un an), apparaît nécessaire à la fois pour éviter la sélection favorable ou défavorable. Cette clause permet de protéger l'organisation en l'assurant qu'un besoin brusquement pressenti par des individus, ne se manifeste par une adhésion très temporaire pour bénéficier à bon compte de ce seul service. Les états américains imposant une courte période de confinement sont conscients des problèmes qui se posent aux HMO (rapport de mission pages 45-85).

A l'inverse une organisation peut recourir à un court confinement*, ou mieux à une absence de celui-ci, pour se "débarrasser" d'un client vraiment trop encombrant. Ce risque est d'autant plus grand que 1% des consommateurs accaparent environ 30% des coûts. Ce n'est pas tellement l'usager moyen qu'on cherchera à écarter. A terme une telle pratique est suicidaire. C'est l'usager que Luft qualifie de dame de pique ("queen of spade"), c'est à dire ce 1%, difficile à déceler à l'entrée mais qu'on peut exclure en cours de route (rapport de mission pages 65-75).

Un tel incitatif au transfert de risque ou de coûts est inhérant à tout financement par prépaiement*. Une période fixe et assez longue d'adhésion protège l'organisation contre ce qu'Enthoven appelle les clients opportunistes*. De la même façon une telle période tempère les exclusions trop rapides.

Un bon monitoring des ex-bénéficiaires permet de déceler et corriger un biais de sélection trop négatif ou trop positif. L'Etat de Californie recourt assez facilement à ce type d'indicateurs (rapport de mission pages 75-85).

Indépendamment de la possibilité d'établir la capitation en fonction de l'âge, du sexe, de la région et surtout de la consommation antérieure pour maladie (excluant la grossesse, etc.), il demeure qu'à terme il devient difficile d'ajuster celle-ci. La capitation est établie en fonction de l'année à venir. Particulièrement dans le cas d'une capitation territoriale, c'est-à-dire où toute la population (ou toute une clientèle comme celle de Médicaid*) d'un territoire devient capitée, on doit référer à d'autres variables pour l'ajustement des années ultérieures. Si, comme en Californie et dans certains Etats, on recourt aux profils de consommation, on se trouve à réintroduire des incitatifs de rémunération à l'acte à l'intérieur d'un financement par prépaiement*. Ainsi les organisations (HMO ou autres) les moins performantes à maintenir les gens en bonne santé ou à ajuster au mieux la consommation, se voient gratifier des plus fortes augmentations. Ce problème se pose pour tout financement par prépaiement*.

On semble donc chercher, en fonction de facteurs de risque non-modifiables (des marqueurs tels: âge, sexe), à définir a priori un rythme d'augmentation à partir des dépenses actuelles. Ce rythme doit devenir pratiquement indépendant de la performance des organisations. Le monitor-

ing de la qualité doit cependant intervenir à titre d'incitatif. Dans une situation idéale, une organisation ou un comté (exemple de la Californie) qui s'avére capable d'améliorer sa performance santé (en diminuant par exemple les taux de naissance d'enfants de faibles poids), ne doit pas voir en parallèle son financement décroître au profit d'autres organisations moins efficaces.

3.4 Membership

Il semble acquis partout, aussi bien chez les divers palliers de gouvernement aux Etats-Unis que dans les pays explorant l'avenue HMO (Australie, etc), qu'il ne peut être question de refuser un adhérent. Mais un HMO peut de façon subtile influencer l'adhésion et le renouvellement. Ainsi le recrutement peut se faire dans les clubs sportifs, on peut aussi encourager des comportements inamicaux par les médecins spécialistes. Un membership basé exclusivement sur des adhésions individuelles est à cet égard plus vulnérable.

Aux Etats-Unis, le premier niveau d'adhésion est celui de grands groupes (employeurs, gouvernement fédéral, Etats). A l'intérieur de ces différents groupes, les adhésions se font sur une base individuelle. Certes les petits employeurs sont peu populaires et souvent jugés trop à risque, mais une telle formule d'adhésion protège mieux les individus déjà atteints dans leur santé. La sélection fine devient plus difficile pour une organisation. De plus le groupe constitue un niveau de recours et une force de pression. Plus les groupes sont importants numériquement, plus leur pouvoir est grand. Ainsi, à moins de distorsions considérables dans le calcul des primes, une organisation comme Puget Sound à Seattle doit faire preuve de respect envers les employés de Boeing (82000 employés et plus de 30000 adhérents). Ecarter quelques mauvais cas de chez cet employeur, constitue un risque pour ce HMO qui peut perdre tout le groupe.

Il apparaît donc qu'utiliser des groupes à titre de premier niveau d'adhésion réduit les risques de sélection fine. En quelque sorte, ils assurent un rôle de chien de garde. Ce rôle peut être accentué au niveau du commanditaire*. On a vu jusqu'à quel point un commanditaire* de type coopératif peut changer le caractère d'une offre de soins (rapport de mission pages 85-103).

Privilégier une adhésion en deux temps (groupe-individu) assure une meilleure protection aux individus, mais offre aussi des avantages à un HMO. L'adhésion de groupes agit à titre de caution et facilite le recrutement. Le filtre que constitue les groupes offre aussi une protection contre les clients opportunistes*, en particulier si certains services (exemple soins dentaires) sont offerts. Il faut se rappeler que les HMO peuvent aussi subir une sélection négative.

Chapitre 4

Contrôle de la qualité

4.1 Incitatifs réels

Après la sélection de la clientèle, la question de la qualité des soins et services est le point le plus important à surveiller en HMO, comme dans tout financement par prépaiement*. Cependant il ressort clairement de la littérature et des rencontres avec des individus ou organismes extérieurs aux HMO, que la qualité n'est pas un problème, sauf exceptions (rapport de mission pages 11-15, 45-47, 65-85).

Initialement, l'argumentation reposait sur le principe que, puisque ces organisations sont payées indépendamment de l'usage, elles deviennent en conflit d'intérêt. Alors qu'une assurance ordinaire a certes intérêt à freiner la demande, elle n'est pas tellement en position de le faire. Mais un HMO dispensant lui-même les services l'est. L'argumentation classique veut donc qu'un des effets indésirables soit de lésiner sur la qualité. Effectivement les tristes expériences du scandale californien* et de IMC* tendent à montrer que pour des entrepreneurs ayant un horizon de court terme, tout financement par prépaiement* est une aubaine qui se traduira par des problèmes majeurs au niveau de la qualité (accès, disponibilité, compétence).

Cependant la très grande majorité des HMO n'est pas dans cette situation. Les investissements sont trop importants, exception faite des IPA*, pour permettre une perspective de court terme. L'importance des investissements tend à définir un horizon de moyen terme. De plus, d'autres éléments expliquent que toutes les études, comparant la qualité des services en HMO avec celle d'entités fonctionnant sur d'autres bases de financement, aient conclu à une qualité égale ou supérieure.

Dans tous les HMO d'importance, les contrôles de qualité atteignent un niveau de développement que le Québec peut à peine imaginer. Leur vigilance est d'autant plus grande sur cette question, que trois incitatifs financiers différents les poussent dans cette voie.

Le lésinage sur la qualité est une mauvaise politique de gestion, parce qu'à terme les problèmes risquent d'être plus aigus. L'étude de Ware*, sur la médiocre performance du HMO vis-à-vis les personnes économiquement défavorisées, était troublante. Mais il faut aussi souligner que le lésinage (s'il a eu lieu) s'est avéré dispendieux pour le HMO, en se traduisant par un

nombre plus élevé de jours d'hospitalisation. En soi, lésiner sur la qualité peut donc être, à tout le moins pour certaines pathologies et certaines clientèles, une fort mauvaise stratégie.

Une grosse partie du recrutement en HMO se fait par le bouche à oreille. Donner l'impression de rogner sur la qualité devient dès lors néfaste au plan du marketing. Etre soupçonné de lésiner sur la qualité, autour d'un mauvais cas, est très risqué. A chaque fois que se produit un incident grave en HMO, c'est le procès de l'organisation qui est fait. Ainsi lorsqu'un médecin refuse un service à un enfant à l'urgence et que celui-ci décède par la suite, dans un système à l'acte on fait le procès du praticien. Si un incident analogue se produit en HMO (cas du Wisconsin*) on fait le procès des incitatifs, de l'organisation et du praticien. Cette situation les amène à pratiquer une médecine défensive (rapport de mission pages 45-75).

Comme toutes les organisations dispensant des soins aux Etats-Unis, les HMO craignent les poursuites pour faute professionnelle. Or une organisation ayant leurs incitatifs est doublement vulnérable. C'est toujours un peu le procès des incitatifs qui est fait.

Depuis longtemps on questionne la qualité des soins et services en HMO. La clientèle type des HMO, surtout depuis le début des années 80, peut être extrêmement volatile. Un scandale rejaillissant sur un HMO à un moment donné devient une tare pour l'ensemble. Les gestionnaires et professionnels des HMO sont las de se faire poser les sempiternelles questions au sujet du scandale californien*, du cas* et de l'expérience du Wisconsin* puis finalement de IMC*. Ils sont parfaitement conscients de l'effet désastreux d'un incident et si celui-ci les concerne directement le choc sera encore plus grand. Ainsi à Puget Sound on manifeste une certaine humeur devant l'étude de Ware* qui leur est resservie à toutes les sauces. Aussitôt que la question est abordée (aucun groupe ayant récemment visité Puget ne l'a évitée) le HMO délègue "sa grosse artillerie" (rapport de mission pages 85-103).

Le lésinage sur la qualité semble donc être réduit par 1) une détérioration de la santé encore plus coûteuse 2) les possibilités de perdre des clients 3) la crainte de poursuite.

Le type de commanditaire* semble pouvoir aussi jouer un certain rôle positif (coopératif) et le type de HMO (modèle de groupe*).

4.2 Monitoring

Le monitoring fait par l'organisme lui-même mais surtout par les palliers de gouvernement (fédéral, Etat) est fondamental dans le contrôle de la qualité des soins et services.

Les différents HMO utilisent divers éléments ou diverses méthodes dans leurs mesures de qualité. Trois axes sont largement privilégiés et développés (consommateurs, résultats et médecins).

Certains HMO, Harvard en particulier (rapport de mission pages 15-35), définissent la qualité de façon fort large. L'accueil fait partie de la qualité, comme tous les contacts avec les différents types de dispensateurs de soins ou d'employés en général.

Les HMO s'intéressent d'abord aux consommateurs. On utilise trois éléments et ce pour des motifs variables. Ainsi Kaiser mène annuellement une enquête auprès de ses bénéficiaires (5%), aussi bien pour des motifs de marketing, de recherche épidémiologique que d'évaluation du degré de satisfaction (rapport de mission pages 47-65). Les plaintes font partie intégrante du contrôle de qualité pour des raisons économiques, mais leur impact est indéniable pour corriger certaines pratiques. Finalement les départs d'adhérents sont une source considérable d'information sur les motifs d'insatisfaction et servent, certes plusieurs autres fins, mais aussi le contrôle de la qualité. L'état de Californie se sert d'ailleurs des départs pour déceler des pratiques de sélection de clientèles (rapport de mission pages 75-85).

L'impact sur la santé ("outcomes"), les résultats ("adverse outcomes") et les réadmissions hospitalières sont suivis de très près. Le premier s'applique surtout aux enfants ou à la périnatalité. Ce secteur est le plus susceptible de générer des poursuites et une attention toute particulière lui est consacrée. Les deux derniers sont carrément jugés néfastes par l'organisme, non seulement du point de vue des poursuites, mais aussi en terme de coûts inutiles.

Finalement, pour les médecins, les profils de pratique, de prescription et les protocoles suivis font tous partie intégrante des contrôles exercés sur une base routinière. Si certains éléments sont surtout là pour des motifs de contrôle de coûts, plusieurs jouent un rôle dans la mise sur pied des différents indicateurs ou indices de qualité.

Toutes ces mesures requièrent des bassins de population importants et une certaine continuité dans le temps. Le contexte de pratique pour les dispensateurs, leur autonomie et les incitatifs en place influent aussi sur la qualité.

La santé mentale est le seul domaine qui semble poser des problèmes sérieux quant au monitoring de la qualité. Celà ne constitue pas véritablement une surprise.

Chapitre 5

Consommateurs

5.1 Pression

Dans tous les HMO visités, le souci que l'on a des clients est évident. La mobilité que peuvent exercer les consommateurs, entre différentes formules d'assurances, rend les HMO respectueux de leurs clients. Tous sont conscients que la meilleure publicité est, dans ce domaine, le bouche à oreille. Cette grande mobilité, du moins pour les clientèles usuelles ("Healthy workers"), constitue un pouvoir de pression important. Cette mobilité existe aussi bien au niveau des individus, ce qui apparaît moins dommageable pour un HMO, qu'au niveau de groupes, ce qui devient beaucoup plus inquiétant.

Dans les HMO les mécaniques pour recueillir les plaintes, y donner suite, interroger les départs et connaître la satisfaction sont sans communes mesures avec la situation québécoise.

Il est probable cependant qu'une situation de monopole affaiblit considérablement cette pression (cas de Longview en Oregon, rapport de mission pages 47-65). Il devient en effet beaucoup plus difficile et onéreux de remplacer presque toute l'offre d'un territoire donné par une autre.

Cette pression des consommateurs est tempérée par le confinement*. Cette formule où les deux parties (offre-demande) s'engagent pour une période donnée, protège le client contre une expulsion arbitraire, surtout en cas de grosse consommation. Elle garantit le HMO contre la sélection trop négative. Ce confinement* peut varier dans le temps (6 mois, un an) mais apparaît difficilement contournable. Tout financement par prépaiement* est inévitablement confronté au problème du confinement*.

L'exemple des deux comtés de Californie, où la clientèle de Medicaid* est desservie sur la base d'une capitation territoriale, soulève la question d'un confinement* qui devient permanent (rapport de mission pages 75-85). Les individus y sont confrontés à une situation de monopole. Pour compenser cet effet qui peut devenir très pervers, on doit dès lors permettre l'exercice d'autres formes de pression.

Ainsi les individus doivent être capables, s'ils le désirent, de consommer hors région. Cette consommation est ensuite facturée à la région d'origine. Il y a donc un incitatif pour la région à garder ses bénéficiaires. Mais l'appartenance régionale peut devenir difficile à définir. De plus une telle mobilité peut être surtout le fait des petits consommateurs. Finalement la mobilité est très difficile à exercer en région périphérique.

5.2 A ttraits

Les HMO recrutent leurs clients dans un contexte particulier. Les arguments pour convaincre des individus d'adhérer à un HMO portent sur la qualité des soins et services, les prix, l'importance de la couverture, la renommée ou finalement sur une offre de services particuliers (soins dentaires).

Puisque dans tous les cas, les individus gardent le choix entre différents systèmes, les attraits doivent être importants. Cependant dans une capitation de territoire, comme en Californie, on voit moins bien les avantages qui doivent être consentis aux consommateurs. Mais on voit mieux ceux que peuvent s'octroyer l'appareil bureaucratique et-ou les dispensateurs de soins (conditions de travail, bonus, taille de l'administratif). L'échec d'un des deux comtés fonctionnant, en Californie, sur une base de prépaiement*, recèle certains enseignements (rapport de mission pages 75-85).

Chapitre 6

Contexte

6.1 Concurrence

La concurrence entre systèmes ou entre HMO eux-mêmes explique en partie la sensibilité de ces organisations à leurs clientèles et leur faible tendance à lésiner sur la qualité. La concurrence ne semble d'ailleurs pas nécessairement s'exercer exclusivement sur les prix ("price-competition"). Le terrain de la qualité des soins et services semble aussi important (Robinson et Luft 1987).

Avant les années 70, à l'époque de faible compétition entre dispensateurs de soins, on comptait peu de HMO. Ceux-ci recrutaient avec difficulté des médecins et leurs primes étaient nettement plus basses que toute autre forme d'assurance. Pourtant, même à cette époque, jamais une étude n'a réussi à démontrer une qualité moindre en HMO au contraire. Pourtant leurs primes nettement plus basses auraient pu favoriser un tel comportement. C'est qu'il y avait à l'origine de ces HMO une certaine insatisfaction vis-à-vis le système traditionnel. Les médecins y pratiquant étaient marginaux et leur clientèle était composée de travailleurs (cols bleus syndiqués). Finalement la plupart de ces HMO étaient de type coopératif (Puget) ou d'une structure comparable (Kaiser).

Les HMO sont maintenant plus "communs", la motivation des commanditaires* est plus "économique" et le contexte de concurrence est devenu carrément sauvage. Les incitatifs à la sélection de clientèle jouent donc de façon plus importante, mais on n'a toujours aucune raison de croire que la qualité soit particulièrement menacée puisque celle-ci demeure fondamentale dans le choix des consommateurs. Seuls des entrepreneurs ayant un horizon de court terme peuvent y trouver un avantage.

Ce fort respect de la qualité ne va d'ailleurs pas sans poser quelques problèmes. On voit ainsi des HMO jouer cette carte de la qualité à fond. Par exemple Harvard se flatte de n'engager que des spécialistes sortis ou reconnus par l'université Harvard (rapport de mission pages 35-45). On n'y recourt en thérapie qu'à des psychologues ayant un doctorat. Le tout est certes coûteux et d'une efficience discutable, mais d'une efficacité indéniable pour exercer le recrutement de la clientèle. Leur slogan peut se résumer ainsi, "certes nous sommes plus dispendieux, mais nous sommes les meilleurs". Une telle attitude ne peut être adoptée que lorsque les individus paient

une surprime en plus de celle de leur employeur. Des primes fixes interdisent un gonflement aussi artificiel de "prétendue qualité" (Robinson et Luft 1987).

Dans le nouveau contexte de concurrence aucun HMO "sérieux" et ayant un horizon dépassant le seul très court terme, ne laisse même entrevoir le début d'une velléité de couper sur la qualité. Une telle stratégie serait suicidaire. Par contre on y reconnaît que la sélection de la clientèle est une avenue possible. Tous manifestent de diverses façons (recrutement, partage des coûts, couverture, variation des primes) une tendance à favoriser la sélection. Mais chez la plupart des "vieux" HMO, ce sont des pratiques très récentes qu'un contexte de concurrence sauvage rend inévitable (rapport de mission pages 35-65, 85-103).

La nouvelle concurrence américaine, jouant sur les prix ("price-competition") ou un gonflement artificiel de qualité, est coûteuse. Le développement anarchique qui s'en suit est onéreux et socialement inéquitable. Une offre plus que largement excédentaire et artificielle tend a se concentrer sur une fraction de plus en plus réduite de la population. Les économistes de la santé américains s'entendent pour dire que le phénomène des non ou sous-assurés prend de l'ampleur pour se situer actuellement à 25% de la population.

Dans les "bons" emplacements et à proximité des "bonnes" clientèles, l'offre devient plus qu'abondante. Ainsi, là où l'on trouvait un HMO il y a 5 ans, on peut souvent en dénombrer aujourd'hui 5, 10 ou même 15. Ceci ne tient pas compte des autres formes d'organisations (PPO*, etc.) qui se sont elles aussi développées. Chaque entité a ses points de services, ses dispensateurs, souvent son propre hôpital. Plus les entités sont nombreuses, plus on en trouve des petites qui, par nature, ont un incitatif encore plus grand à la sélection, et qui ont plus de facilité à le faire. Il est en effet difficile de faire le monitoring de petites unités et de calculer des taux, leurs effectifs étant toujours insuffisants. De plus, de petites entités, comme toutes les PME, ont une tendance accrue à se définir un horizon de court terme et à agir en conséquence, ce qui les pousse à lésiner sur la qualité et à avoir un faible intérêt pour la prévention.

Les plus ardents partisans des HMO aux Etats-Unis reconnaissent que les effets pervers (qualité, sélection) sont particulièrement à redouter pour des entrepreneurs ayant un horizon de court terme.

Si une certaine concurrence rend prudent dans le traitement des clientèles et atténue certains effets pervers, une exacerbation de celle-ci au plan des coûts et de la qualité, accule des organisations sérieuses (les "good guys" de Luft) à des choix difficiles et dangereux (rapport de mission pages 47-103).

L'exemple américain semble montrer que laisser une offre croître en se disant que les "meilleurs" survivront, implique une vision tronquée de la réalité. Dans un tel contexte les "meilleurs" ne sont pas nécessairement ceux qui donnent satisfaction aux consommateurs ou qui dispensent les services d'une façon plus efficiente. Les "meilleurs" sont aussi ceux qui évitent les clientèles lourdes et les mauvais risques par la pratique d'une sélection fine, par l'ouverture aux "bons" clients, par l'exercice judicieux d'une mobilité géographique ou par un habile recours aux techniques de marketing.

Il est encore plus pernicieux de permettre de "jouer" à la baisse sur la couverture en prétextant que l'on s'ajuste aux besoins du client, surtout si on ajoute une ristourne aux bénéficiaires. Une telle couverture mène, à terme, à inciter les personnes de milieux moins favorisés à prendre des risques et permet aux offeurs "d'ajuster" l'offre aux risques. On se retrouve ainsi avec une assurance d'inspiration "fromage-gruyère", selon l'expression d'Enthoven, où des trous judicieusement placés éliminent les indésirables.

6.2 Tendances récentes

Les dernières nouvelles en provenance des Etats-Unis font état de certains problèmes que connaîtrait la formule HMO. La clientèle n'augmente plus et certains HMO sont en difficulté financière. Si on regarde le rapport de mission déposé en novembre 87 on ne doit pas être étonné de ces résultats.

La seule clientèle qui semble croître est celle des mal assurés ou des non assurés qui en peu de temps sont passés de 15 à 25% de la population américaine. Les employeurs qui paient souvent 80% de la prime d'assurance préfèrent les formules économiques quitte à favoriser une couverture partielle. On trouve de plus en plus d'employeurs qui s'auto-assurent ("self-insured") et ce malgré les risques évidents (voir rapport de mission pages 85-103).

Plusieurs HMO récents ont été érigés dans une perspective de nouvel Eldorado. Il n'est pas étonnant que certains soient en difficult. Le contexte actuel américain de déréglementation défavorise les "vieux" HMO. Finalement le paiement, par les divers gouvernements, de montants de capitation systématiquement inférieurs aux coûts prévus accentue les effets pervers.

De l'analyse de ces tendances on peut donc supposer, avec certains auteurs (Starr 1982), que le contexte concurrentiel américain favorisera la survie de quelques oligopoles et l'accentuation du phénomène cafétéria*.

Conclusion

Il ressort donc de cette analyse, qu'aux Etats-Unis les commanditaires* à but-lucratif, d'entrepreneurs privés, de modèle individuel* (IPA*), de petite taille et pouvant se déplacer facilement constituent probablement la combinaison la plus susceptible d'amener des problèmes aux plans de la qualité et de la sélection. De plus certaines de ces variables menacent même les qualités généralement reconnues aux HMO (coordination, interdisciplinarité et prévention).

En revanche les commanditaires* de type coopératives, sans but-lucratif, de modèle groupe*, de bonne taille et bien identifiés à un territoire sont les moins susceptibles de susciter ce type de difficultés. Certaines variables semblent atténuer de beaucoup les risques de lésinage sur la qualité. De même le respect de la clientèle et des besoins de groupes spécifiques moins favorisés, semble mieux assuré par certains types de commanditaires.

Toute une série de points sont à considérer si l'on décide d'implanter une formule s'inspirant des HMO, au Québec. Les incitatifs de base d'un financement par prépaiement* pour offrir une gamme de soins définis à une population donnée, sont toujours essentiellement les mêmes. Les choix qui seront faits ou non face aux différentes variables influeront la dynamique qui par la suite s'instaurera. Il importe d'en être dès maintenant conscients. Sans se limiter aux seules variables qu'on peut qualifier de positives (coopérative, etc), l'inclusion d'éléments susceptibles de causer des difficultés ne peut se faire qu'avec la plus grande circonspection.

Financer par prépaiement* une organisation pour des services spécifiques à une population donnée, pose toujours des problèmes en terme de sélection, de qualité et de confinement*.

Introduire, au Québec, une organisation de type HMO posera des problèmes particuliers. Il est possible que certaines variables jouent différemment ici, mais il faudrait le démontrer. Nous devons rechercher la combinaison de variables favorisant les éléments que nous considérons positifs et atténuant les effets indésirables.

La prochaine étape consiste donc à voir comment les caractéristiques observées aux Etats-Unis, peuvent être retraduites ici, compte-tenu des principes de notre système et des objectifs que nous poursuivons.

Annexe-lexique

Plusieurs termes anglais caractérisent les HMO ou le système américain. Les équivalents français ne sont pas toujours évidents. Les termes mentionnés, entre parenthèse, correspondent aux traductions utilisées dans le texte.

Assurance-catastrophe: "Crash insurance"

Le terme "crash" ou "catastrophic insurance" désigne la tendance actuelle aux Etats-Unis, à offrir aux individus une couverture à partir d'un seuil élevé de dépenses (exemple plus de 3000$). On peut aussi utiliser ce terme pour de la réassurance d'organisations contre des cas lourds (exemple SIDA).

"Cafétéria américaine"

De plus en plus les assurances américaines et les HMO, sous l'impact d'une concurrence de prix grandissante, cherchent à diversifier leurs produits. On propose aux clients différentes couvertures plus ou moins complètes selon les prix, introduisant une offre de type "cafétéria". Par exemple, on peut offrir dans le menu à prix populaire une protection pour un accouchement normal ou, à la carte et moyennant un supplément, pour une césarienne. Ceci permet d'attirer une clientèle plus variée et plus large, mais surtout de favoriser l'adhésion de clients rentables.

Ainsi le HMO peut offrir une couverture minimale et à moindre coût à des jeunes gens, compte-tenu de leur plus faible risque de maladie, mais en associant ainsi les primes élevées aux risques élevés. On peut par la même occasion offrir à des milieux plus risqués une couverture moins contraignante pour l'assureur.

"Cas du Wisconsin"

Au début des années 80, un médecin pratiquant dans un HMO au Wisconsin refusait de servir un enfant accompagné de sa mère. Peu de temps après le retour au domicile, l'enfant décédait. Ce cas a été monté en épingle, par les médias et les opposants aux HMO, pour faire le procès non pas du médecin, mais de l'organisation à laquelle il appartient et des incitatifs propres aux HMO. On a insisté à l'époque sur le fait qu'une fois la cotisation de l'adhérent dûment encaissée, il pouvait être tentant pour le HMO de ne fournir que le minimum de soins.

Clients opportunistes: "Free riders"

Terme utilisé pour désigner les individus qui, pressentant un besoin de services, s'assurent brusquement, changent pour un meilleur assureur ou encore augmentent de beaucoup leur couverture. Cette pratique est d'autant plus redoutée que le besoin perçu est considéré un des meilleurs prédicteurs de consommation.

Commanditaire: "Sponsor" ou "sponsorship"

Terme qui réfère à celui ou ceux qui démarrent les HMO. Le terme s'apparente un peu aux notions de parrainage, de commanditaire et d'initiateur tout à la fois. Mais un "sponsor" ne fait pas que financer ou démarrer, il gère et définit l'organisation.

Confinement: "Lock-in"

Le terme "Lock-in" réfère à la période de confinement à laquelle est astreint tout bénéficiaire adhérant à un HMO. Pour une période donnée, généralement un an, le bénéficiaire ne peut consommer les services que par l'intermédiaire direct ou indirect du HMO dont il est membre. Contrairement aux assurances ordinaires de tiers-payant, le bénéficiaire ne peut recourir à n'importe quel médecin ou hôpital. Toute consommation effectuée hors du HMO est aux frais du bénéficiaire, exception faite des urgences.

On utilise parfois les termes de "open-lock-in" ou "close-lock-in" pour désigner des modalités particulières. Ainsi le terme de "open-lock-in" peut s'appliquer à une forme d'adhésion où le bénéficiare dispose d'une période de 30 jours pour annuler son adhésion.

"Etude de Ware"

L'étude de Ware est l'une des plus célèbres études de la Rand Corporation, parue pour la première fois en 1986 dans "The Lancet". Cette étude montrait que si un HMO (en comparaison des assurances rémunérant à l'acte) pouvait permettre l'amélioration de l'état de santé d'une partie de la population plutôt favorisée, en revanche il se montrait moins efficace pour les groupes défavorisés.

"Expérience de l'Arizona"

De 1982 à 1986 l'Arizona a procédé à une expérience avec ses bénéficiaires de Médicaid. Afin de desservir cette clientèle, des contrats furent accordés à quatre HMO (dont deux IPA) à but lucratif parallèlement à des organisations non lucratives dont la participation était pressentie comme mineure. Rapidement les organismes à but lucratif se sont retirés ou ont fait faillite devant une capitation trop serrée. De plus, la préparation des "nouveaux" HMO était inadéquate. En revanche les organismes sans but lucratif, parfois qualifiés de lourds, se sont bien adaptés.

"Expérience Anglaise"

Actuellement l'Angleterre tente une expérience dans le domaine des soins dentaires. Afin de favoriser la prévention et avec l'appui des dentistes anglais, on veut passer d'une rémunérationà l'acte des soins dentaires aux enfants, à une rémunération par prépaiement basé sur une capitation, et ce dans un système national. Le test qui a été fait l'an dernier s'est avéré positif en terme financier et de santé. Actuellement on procède à une expérimentation véritable avec groupe contrôle.

"Expérience du Wisconsin"

Actuellement, à titre expérimental dans la région de Milwaukee, l'Etat du Wisconsin oblige une partie des bénéficiaires de Medicaid à choisir entre plusieurs HMO. Cette expérience ne touche pour l'instant que les bénéficiaires du programme AFDC (Aid for family with dependant

children). En six mois plusieurs nouveaux HMO sont apparus, attirés par ce nouveau marché. Il n'y a pas eu de scandale à la californienne, mais de nombreux problèmes d'ajustement sont apparus. Encore une fois, une ouverture trop brusque semble favoriser l'apparition d'une offre inadéquate. Aujourd'hui l'Etat reconnait être allé-un-peu-rapidement.

"HSO"

Le gouvernement ontarien a favorisé pendant un certain temps l'adhésion de membres individuels à des bureaux de médecins. Pour ces bénéficiaires le médecin n'est plus payé à l'acte mais par prépaiement calculé sur un per capita. Ces organismes ne couvrent que l'ambulatoire. On les appelle "HSO" (Health services organisations).

"IMC"

"IMC" est un HMO de Floride qui, devant l'ouverture faite par le gouvernement fédéral américain pour favoriser l'adhésion des personnes agées à des HMO, s'est "spécialisé" dans ce type de clientèle. La progression du membership a été foudroyante. Le HMO a rapidement dépassé les quotas fixés et a connu toutes sortes de difficultés financières. Considérant cette organisation peu fiable, l'association des HMO des Etats-Unis (GHAA) avait refusé l'adhésion de cette organisation en son sein bien avant le scandale.

Incitatifs structurels; "built-in"

On qualifie ainsi les incitatifs inhérents à un type d'organisation spécifique. Par exemple, la rémunération à l'acte incite à poser le plus grand nombre d'actes et choisir les plus payants. La rémunération par prépaiement incite à minimiser l'intervention. La rémunération sur une base de "DRG*" incite à réhospitaliser et à réduire les durées de séjour à l'hôpital.

"Medicaid"

Programme national, aux Etats-Unis, dont la responsabilité relève de chacun des états. Il assure aux personnes les plus défavorisées (9-10% de la population) les soins médicaux et hospitaliers de courte et de longue durée. Les critères d'admissibilité varient fortement selon les états.

"Medicare"

Programme du gouvernement fédéral américain assurant la plupart des soins médicaux et hospitaliers de courte durée aux personnes agées (92% de la clientèle assurée) ainsi qu'à certains groupes d'invalides (8% de la clientèle).

Modèle cellulaire: "Network"

Le terme "Network" réfère à un HMO composé de plusieurs petits groupes de médecins plutôt qu'un seul comme dans le cas du "group".

Modèle d'employés: "Staff model"

Un HMO est désigné sous le terme de "staff model" par la position particulière occupée par les médecins et les autres professions associées (dentistes, psychologues). Dans un "staff model"

ces dispensateurs de soins sont des employés directs du HMO au même titre que les autres salariés.

Modèle de groupe: "Group model"

Le terme "group model" réfère aussi à la position particulière occupée par les médecins. Dans ce cas ces professionnels constituent un groupe plus ou moins extérieur au HMO. Il y a donc, à période fixe, une négociation entre le HMO et le groupe pour définir l'ensemble des conditions de travail (pratique, salaire, etc). En théorie, à chaque nouvelle négociation le HMO peut conclure une entente avec un autre groupe de médecins si les conditions lui paraissent plus avantageuses. Il en est de même pour les médecins.

Modèle individuel: "IPA"

Le terme "IPA" (Individual practice association) réfère à une organisation de type HMO s'appuyant sur une structure médicale composée de plusieurs petits bureaux de médecins pratiquant isolément ou presque. Il n'y a pas consensus sur l'idée que les "IPA" représentent ou non une quatrième forme d'HMO.

Paiement par diagnostic: "DRG"

Les "DRG" (Diagnostic related groups) constituent une mécanique de paiement par cas, instaurée par le gouvernement fédéral américain pour la clientèle bénéficiaire de "Medicare". Le principe de base repose sur un remboursement établi à partir d'un coût moyen pour un diagnostic donné. A toute fin utile, cette mécanique n'est actuellement appliquée que pour un seul niveau de service, soit l'hospitalisation de courte durée.

"PPO" (Dispensateurs privilégiés)

Les PPO fonctionnent plutôt sur une base d'escompte ("discount"). Un PPO constitue un moyen pour accroître sa part de marché. Des hôpitaux, dentistes, médecins consentent à des groupes d'individus ou d'employés, une réduction sur un tarif normalement chargé. Le développement des PPO a été foudroyant au cours des dernières années. L'économie consentie ne porte que sur le seul tarif. Il demeure possible de multiplier les services. En ce sens les incitatifs du PPO sont du même ordre que ceux de la rémunération à l'acte.

"Pré-paiement"

On utilise le terme de prépaiement pour désigner un mode de financement où un producteur de services (ou une organisation donnant l'accès aux services) est payée d'avance d'une somme convenue et ce, indépendamment de l'usage. Dans un tel mode de financement, les incitatifs économiques du producteur sont à l'opposé du paiement à l'acte. Le premier trouve son intérêt dans la santé et l'autre dans la maladie.

Profiteurs: "Sharks"

H. Luft utilise volontiers le terme "sharks" (requins, escrocs) pour désigner les entrepreneurs peu scrupuleux (chevaliers d'industrie), qui sont attirés par les possibilités de gains à court terme

que peuvent permettre les mécanismes de prépaiement des HMO, et ce aux dépens de la clientèle.

Répartiteur: "Gatekeeper"

La fonction de "Gatekeeper" est une des plus importantes en HMO. Ce terme réfère au premier dispensateur de soins que rencontre tout bénéficiaire du HMO. Ce professionnel est généralement un médecin de famille, un pédiatre, ou une infirmière clinicienne. Il agit comme répartiteur ("gatekeeper"), c'est-à-dire qu'il veille à ce que les services requis soient donnés, de la façon la plus appropriée et la moins lourde possible. Il constitue donc un frein, un orienteur et un prescripteur de la consommation.

"Sault Ste-Marie"

L'Ontario, avant l'instauration d'un système national de santé, est la seule province canadienne à avoir vu se développer une formule de type HMO, et ce à Sault-Ste-Marie. Comme pour un grand nombre des HMO américains, cette organisation s'est développée sous l'influence d'un syndicat. Lors de l'instauration du système national de santé le gouvernement ontarien, avec plus ou moins de succès, a tenté ou accepté de respecter l'expérience qui se poursuit aujourd'hui.

"Scandale californien"

Dans les années 70, le gouvernement de Californie (Reagan gouverneur) emporté par une volonté de déréglementation et un enthousiasme pour les HMO, a favorisé un transfert massif de la clientèle bénéficiaire de Medical (Medicaid de Californie) vers les HMO plutôt que le système classique. L'ouverture brusque et non-réglementée de ce marché neuf a favorisé l'émergence de nouveaux HMO. Ceux-ci par manque d'expérience et-ou par l'apparition de chevaliers d'industrie (souvent à but-lucratif) ont eu toutes sortes de difficultés ou ont carrément fraudé les bénéficiaires. Dans certains cas, 80% des sommes perçues "passaient" en administration, profits etc.

Soins gérés globalement: "Managed care"

Le terme "managed care" décrit le suivi particulier du bénéficiaire qui est fait en HMO. La responsabilité globale des soins qui est imputée à l'organisation fait que celle-ci coordonne, planifie et suit l'ensemble des services assurés à un bénéficiaire.

Bibliographie

ABEL-SMITH B., *Financing health care*, Eighth commonwealth health ministers meeting, Nassau, The Bahamas: 13-17 october 1986, London, Commonwealth Secretariat, 1986, 20 p..

ABEL-SMITH B., "Who is the odd man out?:The experience of Western Europe in containing the costs of health care" in *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 1985, 63, 1 : 1-17.

ABEL-SMITH B., *L'expérience de douze pays européens en matière de contrôle du coût des soins de santé (1977-1983)*, Luxembourg, Commission des communautés européennes, 1984, 149 p..

ABEL-SMITH B., "Maîtrise des coûts dans 12 pays européens" in *Statistiques sanitaires mondiales*, Rapport semestriel, 1984, 37 : 351-363.

ADAMACHE K.W., ROSSITER L.F., "The entry of HMOs into the medicare market: implications for TEFRA's mandate" in *Inquiry*, 1986, 23 : 349-364.

ANDERSON G.F., "Payment reform in the United States" in *Health Policy*, 1986, 6: 321-328.

ANDERSON G.F., STEINBERG E.P., HOLLOWAY J., CANTOR J.C., "Paying for HMO care: issues and options in setting capitation rates" in *The Milbank Quarterly*, 1986, 64, 4 : 548-565.

ANDERSON O.W., HEROLD T.E., BUTLER B.W., KOHRMAN C.H., MORRISON E.M., *HMO development : patterns and prospects : a comparative analysis of HMOs*, Chicago, Pluribus Press, 1985, 385 p..

ANDERSON W.H., "HMOs' incentives: a prescription for failure" in *The wall street journal*, January 2, 1987.

ANONYMUS, "The spiraling costs of health care, Rx: Competition" in *Business Week*, 1982, 2725 : 58-64.

BELLIVEAU F., "En santé publique s'ouvrir à des horizons internationaux" in *Le médecin du Québec*, 1986, 21, 4 : 105-114.

BERLINER H.S., REGAN C., "Multinational operations of U.S. for-profit hospital chains: trends and implications" in *American Journal of Public Health*, 1987, 77, 10 : 1280-1284.

BOGGS H.G., "Health maintenance organizations: improvements in the regulatory environment" in *HCM Review*, 1986, 11, 2 : 45-59.

BOLAND P., "The illusion of discounts in the health care market" in *Health Affairs*, 1985, 4 : 93-97.

BOLAND P., "Questioning assumptions about preferred provider arrangements" in *Inquiry*, 1985, 22 : 132-141.

BRADBURY R.C., "A community approach to health care competition" in *Inquiry*, 1987, 24 : 253-265.

BROWN L.D., *Politics and health care organization, HMOs as federal policy*, Washington, The Brookings Institution, 1983, 532 p.

BRUNELLE Y., OUELLET D./MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *Conditions préalables à l'implantation d'un H.M.O. au Québec*, Québec, Direction générale de la Planification et de l'Evaluation, 1988, 51 p..

BRUNELLE Y./MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *A propos des H.M.O.*, Québec, Direction générale de l'Evaluation et de la Planification, 1987, 28 p..

BUCHANAN J.L., CRETIN S., "Risk selection of families electing HMO membership" in *Medical Care*, 1986, 24, 1 : 39-51.

BURDA D., POWILLS S., "AIDS: A time bomb at hospitals' door" in *Hospitals*, 1986, 60, 1 : 54-61.

CHRISTIANSON J.B., KIRKMANLIFF B., GUFFEY T., BECLER J., "Nonprofit hospitals in a competitive environment: behavior in the Arizona indigent care experiment" in *Hospital & Health Services Administration*, 1987 (November) : 475-491.

COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, Système de santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi?, Paris, La Documentation Francaise, 1987, 337 p..

COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HEALTH, *Health maintenance organisations, a development program under medicare*, Canberra, Australia, Australian Government Publishing Service, 1986, 84 p..

CONTANDRIOPOULOS A.-P., CHAMPAGNE F., PINEAULT R., *Incentives through payment modalities in the medical care sector: framework and empirical evidence*, Paper prepared for the Third Canadian Conference on Health Economic, Winnipeg, May 29-30,1986, Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 1986, 51 p.

CURTIS R., "The role of State Governments in assuring access to care" in *Inquiry*, 1986, 23 : 277-285.

DAVIES A.R., WARE J.E., BROOK R.H., PETERSON J.R., NEWHOUSE J.P., "Consumer acceptance of prepaid and fee-for-service medical care: results from a randomized controlled trial" in *Health Services Research*, 1986, 21, 3 : 429-452.

DE LANDTSHEER J.-P., "Organisation du système de santé aux Etats-Unis" in *Les Cahiers du Germ*, 1987, 200 : 1-62.

DESHARNAIS S.I., "Enrollment in and disenrollement from health maintenance organizations by Medicaid recipients" in *Health Care Financing Review*, 1985, 6, 3 : 39-50.

DRANOVE D., SATTERTHWAITE M., SINDELAR J., "The effect of injecting price competition into the hospital market: the case of preferred provider organizations" in *Inquiry*, 1986, 23 : 419-431.

EASTERBROOK G., "The revolution" in *Newsweek*, 1987 (January 26) : 40-74.

ELLWOOD P.M., PAUL B.A., "Commentary" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 135-140.

ENGLAND W.L., "Setting health maintenance organization capitation rates for Medicaid in Wisconsin" in *Health Care Financing Review*, 1986, 7, 4 : 67-73.

ENTHOVEN A.C., *Health plan, the only practical solution to the soaring cost of medical care*, Reading, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing Company, 1980, 196 p..

ERMANN D., "Health maintenance organizations: the future of the for-profit plan" in *Journal of Ambulatory Care Management*, 1986, 9, 2 : 72-84.

EVANS R.G., *Strained mercy, the economics of Canadian health care*, Toronto, Butterworths, 1984, 390 p..

FEIN R., *Medical care, medical costs, the search for a health insurance policy*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1986, 235 p..

FELDMAN S., GOLDMAN B., "Mental health care in HMOs: practice and potential" in DUHL L.J.,CUMMINGS N.A.(EDS), *The future of mental health services - coping with crisis -*, New York, Springer Publishing Company, 1987, p. 71-83.

FELDSTEIN P.J., "The emergence of market competition in the U.S. health system. Its causes, likely structure, and implications" in *Health Policy*, 1986, 6, 1 : 1-20.

FIELDING S.L., "Organizational impact on medicine: the HMO concept" in *Soc. Sci. Med.*, 1984, 18, 8 : 615-620.

FINE J., "Physicians' group plans to expand national campaign against HMOs" in *Modern Healthcare*, 1986 (October 24) : 92.

FLINN D.E., McMAHON T.C., COLLINS M.F., "Health maintenance organizations and their implications for psychiatry" in *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, 38, 3 : 255-263.

FORGET C.E., "L'état pourra-t-il maintenir son financement des dépenses de santé?" in DESROCHERS G. éd., *Le système de santé: financement à repenser?*, Actes du 7è colloque Jean-Yves-Rivard tenu à Montréal, le 7 juin 1985, Montréal, Les éditions Administration de la santé, Université de Montréal, 1985, p. 11-25.

FOX P.D., HEINEN L., STEELE R.J., *Determinants of HMO success*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press Perspectives, 1987, 252 p..

FOX P.D., LEWIN and ASSOCIATES, Inc., "Physician reimbursement under medicare: an overview and a proposal for area-wide physician incentives" in COMMITTEE ON WAYS AND MEANS U.S. HOUSE OF REPRESENTATIVES, *Proceedings of the conference on the future of medicare*, 98th Congress, 2d Session, Washington, U.S.Government Printing Office, 1984, p. 108-127.

FOX P.D., STEELE R.J., *Determinants of HMO success*, Prepared for the Office of Health Maintenance Organizations, U.S. Public Health Service, Contract No: BHMORD-240-83-0095, Washington, U.S. Public Health Service, 1986, 61 p..

FRANCIS W., "Datawatch" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 173-182.

FREEBORN D.K., "Physician satisfaction in a prepaid group practice HMO" in *The Group Health Journal*, 1985 (Spring) : 3-13.

FREUND D.A., "Competitive health plans and alternative payment arrangements for physicians in the United States: public sector examples" in *Health Policy*, 1987, 7 : 163-173.

GINSBURG P.B., HACKBARTH G.M., "Alternative delivery systems and medicare" in *Health Affairs*, 1986 (Spring) : 6-22.

GINZBERG E., "The destabilization of health care" in *The New England J. of Medicine*, 1986, 315, 12 : 757-761.

GLANDON G.L., MORRISEY M.A., "Redefining hospital-physician relationship under prospective payment" in *Inquiry*, 1986, 23 : 166-175.

GRADY D., "Are cost cuts crippling health care?" in *Discover,* Special report, 1986 (May) : 25-43.

GREENBERG J.N., LEUTZ W.N., "The Social/Health Maintenance Organization and its role in reforming the long-term care system" in FEINSTEIN P.H., GORNICK M., GREENBERG J.N. (eds.), *Long-term care financing and delivery systems: exploring some alternatives,* Conference proceedings january 24, 1984, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, U.S. Government Printing Office, 1984, p. 57-65.

GREENWALD H.P., "HMO membership, copayment, and initiation of care for cancer: a study of working adults" in *American Journal of Public Health,* 1987, 77, 4 : 461-466.

GROUP HEALTH ASSOCIATION OF AMERICA INC., *Agenda: HMO characteristics; HMO models; Common criticisms of HMOs; cost savings of HMO; The HMO market today,* Washington, Group Health Association of America Inc, 1987, 12 p..

GROUP HEALTH COOPERATIVE OF PUGET SOUND, *A proposal for phase II, business planning, of the study to investigate the establishment of a health maintenance organization at Markham, Ontario,* Seattle, Washington, The Group Health Cooperative, 1985, 15 p..

GROUP HEALTH COOPERATIVE OF PUGET SOUND, *Report on the feasibility of establishing a health maintenance organization in Markham, Ontario,* Seattle, Washington, The Group Health Cooperative, 1985, 20 p..

HARRINGTON C., NEWCOMER R.J., "Social-Health Maintenance Organization: new policy options for the aged, blind, and disabled" in *Journal of Public Health Policy,* 1985, 6 : 204-222.

HASTINGS J.E.F., "First and foremost in community health centres: the centre in Sault Ste-Marie and the CHC Alternative" in *Journal of Public Health Policy,* 1987 (Spring) : 121-126.

HASTINGS J.E.F., et al., "Prepaid group practice in Sault Ste-Marie, Ontario : part I : analysis of utilization records" in *Medical Care,* 1973, XI, 2 : 91-103.

HIBBARD J.H., POPE C.R., "Age differences in the use of medical care in an HMO, an application of the behavior model" in *Medical Care,* 1986, 24, 1 : 52-66.

HILLMAN A.L., "Financial incentives for physicians in HMOs" in *The New England Journal of Medicine,* 1987, 317, 27 : 1743-1748.

HOMER C.G., "Methods of hospital use control in health maintenence organizations" in *HCM Review,* 1986, 11, 2 : 15-23.

HORNBROOK M.C., BERKI S.E., "Practice mode and payment method, effects on use, costs, quality, and access" in *Medical Care,* 1985, 23, 5 : 484-504.

HOSPITAL AND COMMUNITY PSYCHIATRY, "HMOs: not always the best medicine" in *Hospital and Community Psychiatry,* Taking Issue, 1987, 38, 3 : 229.

HOSPITALS, "Medicaid HMO plans tackle quality questions" in Hospitals, 1986 (March 20) : 76-81.

HOSPITALS, "Former risk contractors are leery of rule changes" in *Hospitals,* 1986 (July 5) : 82,87-88.

HULKA B.S., WHEAT J.R., "Patterns of utilization, the patient perspective" in *Medical Care,* 1985, 23, 5 : 438-460.

IGLEHART J., "Health policy report, medicaid in transition" in *The New England J. of Medicine*, 1983, 309, 14 : 868-872.

IGLEHART J.K., "Second thoughts about HMO's for medicare patients" in *The New England Journal of Medicine*, 1987, 316, 23 : 1487-1492.

IGLEHART J.K., "Kaiser, HMOs, and the public interest: a conversation with James A. Vohs" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 36-50.

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, KAISER FOUNDATION HOSPITALS, *The changing face of health care delivery, Kaiser permanente medical care program*, Annual report 1985, Oakland, California, Kaiser Foundation, 1986, 29 p..

KIZER K.W., FRAZIEAR T., RODRIGUEZ J., AVED B.M., PIERCE S.C., *The montery county health initiative 1980-1985: a preliminary analysis*, California, Department of Health, Health and Welfare Agency, State of California, 1985, 13 p..

KNICKMAN J.R., MCCALL N., "A prepaid managed approach to long-term care" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 90-104.

KODNER D.L., "The implementation of a social-Health Maintenance Organization" in FEINSTEIN P.H.,GORNICKM.,GREENBERGJ.N.(eds.), *Long-term care financing and delivery systems: exploring some alternatives*, Conference proceedings january 24,1984, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, U.S. Government Printing Office, 1984, p. 66-68.

KOHRMAN C.H., "HMOs and PPOs in review" in *The Journal of Medical Practice Management*, 1986, 1, 4 : 245-248.

KORCOK M., "American HMOs: the skeptics may have been wrong" in *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1984, 131, 4 : 367-376.

LAIRSON D.R., HERD J.A., "The role of health practices, health status, and prior health care claims in HMO selection bias" in *Inquiry*, 1987, 24 : 276-284.

LALONDE C., Le développement des HMO aux Etats-Unis: une analyse des particularités du modèle, Montréal, Fédération des CLSC du Québec, 1986, 34 p..

LANGWELL K.M., NELSON L.M., "Physician payment systems: a review of history, alternatives and evidence" in *Medical Care Review*, 1986, 43, 1 : 5-58.

LAUNOIS R., "Les HMO : les arguments et les faits" in COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, *Les politiques de santé étrangères, Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi?*, Paris, La Documentation française, 1987, p. 249-260.

LAUNOIS R., "Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.): propositions pour une réforme profonde du système de santé" in *Revue française des affaires sociales*, 1985, 39, 1 : 37-63.

LEWIS K., "Comparison of use by enrolled and recently disenrolled populations in a Health Maintenance Organization" in *Health Services Research*, 1984, 19 : 1-22.

LICHTENSTEIN R., THOMAS J.W., "Including a measure of health status in medicare's health maintenance organization capitation formula: reliability issues" in *Medical Care*, 1987, 25, 2 : 100-110.

LOMAS J., *First and foremost in community health centres : The centre in Sault Ste-Marie and the CHC alternative*, Toronto, University of Toronto Press, 1985, 12 p., (News).

LOMAS J., STODDART G.L., *Physician manpower under competing health plans : where we are, where we could be and issues in getting from here to there,* QSEP Research Report No. 52, Hamilton, McMaster University, Faculty of Social Sciences, 1982, 64 p..

LUFT H.S., "Le système des HMO (Health Maintenance Organization) aux Etats-Unis" in COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, *Les politiques de santé étrangères, Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi?,* Paris, La Documentation Française, 1987, p. 227-248.

LUFT H.S., "Compensating for biased selection in health insurance" in *The Milbank Quarterly,* 1986, 64, 4 : 566-591.

LUFT H.S., "Competition and regulation" in *Medical Care,* 1985, 23, 5 : 383-400.

LUFT H.S., "Trends in medical care costs do HMOs lower the rate of growth?" in *Medical Care,* 1980, XVIII, 1 : 1-16.

LUFT H.S., "Assessing the evidence on HMO performance" in *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society,* 1980, 58, 4 : 501-530.

LUFT H.S., "How do health-maintenance organizations achieve their "savings"? Rhetoric and evidence" in *The New England J. of Medicine,* 1978, 298, 24 : 1336-1343.

LUFT H.S., MAERKI S.C., TRAUNER J.B., "The competitive effects of health maintenance organisations: another look at the evidence from Hawaii, Rochester, and Minneapolis-St. Paul" in *Journal of Health Politics, Policy and Law,* 1986, 10, 4 : 625-658.

MANNING W.G., LEIBOWITZ A., GOLDBERG G.A., ROGERS W.H., NEWHOUSE J.P., "A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services" in *NEJM,* 1984, 310, 23 : 1505-1510.

MANTON K.G., *The linkage of morbidity and mortality : implications of increasing life expectancy at later ages for health service demand,* Ottawa, Conseil économique du Canada, 1986, 35 p..

MAYNARD A., "Financing the U.K. national health services" in *Health Policy,*- 1986, 6 : 329-340.

MELANCON A., *Le régime de services médicaux : considérations sur des options possibles,* Document de travail, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1986, 95 p..

MERRILL J., JACKSON C., REUTER J., "Factors that affect the HMO enrollment decision: a tale of two cities" in *Inquiry,* 1985, 22 : 388-395.

MEUNIER B., "Vers de nouveaux systèmes de financement des soins de santé: les enseignements des HMO (Health Maintenance Organizations)" in *La revue politique,* 1986, 2 : 7-17.

MICK S.S., SUSSMAN S., ANDERSON-SELLING L., DELNERO C., GLAZER R., HIRSCH E.,ROWE D.S., "Physician turnover in eight New England prepaid group practices: an analysis" in *Medical Care,* 1983, XXI, 3 : 323-337.

MOTT F.D., HASTINGS J.E.F., BARCLAY A.T., "Prepaid group practice in Sault Ste. Marie, Ontario:Part II:Evidence from the household survey" in *Medical Care,* 1973, XI, 3 : 173-188.

MOTT P.D., "Hospital utilization by health maintenance organizations, separating apples from oranges" in *Medical Care,* 1986, 24, 5 : 398-406.

MOUGEOT M., *Le système de santé,* Paris, Economica, 1986, 184 p..

MULDOON J.M., STODDART G.L., *The potential contribution of a competitive approach to controlling health care expenditures for a hypothetical community: a simulation model,* Preliminary results, Hamilton, McMaster University, 1986, 51 p..

McFARLAND B.H., FREEBORN D.K., MULLOOLY J.P., POPE C.R., "Utilization patterns and mortality of HMO enrollees" in *Medical Care,* 1986, 24, 3 : 200-208.

McFARLAND B.H., FREEBORN D.K., MULLOOLY J.P., POPE C.R., "Utilization patterns among long-term enrollees in a prepaid group practice health maintenance organization" in *Medical Care,* 1985, 23, 11 : 1221-1233.

NEWHOUSE J.P., MANNING W.G., DUAN N., MORRIS C.N., KEELER E.B., LEIBOWEITZ A.,MARQUIS M.S., et al., "The findings of the Rand health insurance experiment - a response to Welch et al." in *Medical Care,* 1987, 25, 2 : 157-179.

NEWHOUSE J.P., SCHWARTZ W.B., WILLIAMS A.P., WITSBERGER C., "Are fee-for-service costs increasing faster than HMO costs?" in *Medical Care,* 1985, 23, 8 : 960-966.

OUELLET D., BRUNELLE Y./MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, *Comptes rendus de la mission aux Etats-Unis sur les HMO du 25 octobre au 7 novembre 1987,* Document de travail, Québec, Direction générale de la Planification et de l'Evaluation, 1988, 129 p.

OUTKA G., "Social justice and equal access to health care" in *Perspectives in Biology and Medicine,* 1975 (Winter) : 185-203.

RICE T., DE LISSOVOY G., GABEL J., ERMAN D., "The state of PPOs: results from a national survey" in *Health Affairs,* 1985, 4, 4 : 25-40.

ROBINSON J.C., LUFT H.S., "Competition and the cost of hospital care, 1972 to 1982" in *JAMA,* 1987, 257, 23 : 3241-3245.

ROCH D., *The feasibility of alternative delivery modalities in Canada: the policy perspective,* Working conference on alternative delivery modalities in Canada: problems, potential and policy, october 14-15, 1986, McMaster University. Winnipeg, Manitoba Health, Manitoba Health Services Commission, 1986, 11 p..

RODWIN V.G., "Innovations et régulations dans les systèmes de santé (France-USA)" in *Politiques & Management Public,* 1985, 3, 4 : 39-85.

RODWIN V.G., "Secteur public et secteur privé dans le domaine de la santé aux Etats-Unis: une distinction trompeuse" in *Politiques et Management Public,* 1985, 3, 4 : 149-180.

ROWLAND D., LYONS B., "Mandatory HMO care for Milwaukee's poor" in *Health Affairs,* 1987, 6, 1 : 87-100.

SAWARD E.W., FLEMING S., "Health maintenance organizations" in *Scientific American,* 1980, 243, 4 : 47-53.

SCHLESINGER M., "On the limits of expanding health care reform: chronic care in prepaid settings" in *The Milbank Quarterly,* 1986, 64, 2 : 189-215.

SCHNEIDER-BRAUS K., "A practical guide to HMO psychiatry" in *Hospital and Community Psychiatry,* 1987, 38, 8 : 876-879.

SIMINOFF L., "Competition and primacy care in the United States: separating fact from fancy" in *Int. J. of Health Services,* 1986, 16, 1 : 57-69.

SIU A.L., LEIBOWEITZ A., BROOK R.H., GOLDMAN N.S., LURIE N., NEWHOUSE J.P., "Use of the hospital in a randomized trial of prepaid care" in *JAMA*, 1988, 259, 9 : 1343.

SLOSS E.M., KEELER E.B., BROOK R.H., OPERSKALSKI B.H., GOLDBERG G.A., NEWHOUSE J.P., "Effect of a health maintenance organization on physiologic health, result from a randomized trial" in *Annals of Internal Medicine*, 1987, 106 : 130-138.

SODERSTROM L., *Privatization: Adopt or adapt*, Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, synthèse critique #36, Québec, Les publications du Québec, 1987, 242 p..

STARR P., *The social transformation of american medicine*, New York, Basic Book, Inc., Publishers, 1982, 514 p..

STEINWACHS D.M., WEINER J.P., SHAPIRO S., BATALDEN P., COLTIN K., WASSERMAN F.,"A comparison of the requirements for primary care physicians in HMOs with projections made by the GMENAC" in *The New England Journal of Medicine*, 1986, 314, 4 : 217-222.

STODDART G., LOMAS J., *Final report of the Burlington working conference on alternative delivery modalities in Canada*, Hamilton, McMaster University, 1987, 17 p..

STODDART G.L., SELDON J.R., *Publicy financed competition in canadian health care delivery: a variable alternative to increased regulation?*, Proceedings of the second canadian conference on health economics: health insurance: a silver anniversary appraisal, Regina, University of Regina, 1983, 40 p..

TARLOV A.R., "HMO enrollment growth and physicians: the third compartment" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 23-35.

TAYLOR H., KAGAY M., "The HMO report card: a closer look" in *Health Affairs*, 1986 (Spring) : 81-89.

THOLL W.G., *Publicy-financed competition: reaction to the Muldoon-Stoddart simulation model*, Comments prepared for the Canadian Economics Research Association Meeting in Winnipeg, july, 1986, Ottawa, Health Economics, Department of National Health and Welfare, 1986, 13 p..

THOMAS J.W., LICHTENSTEIN R., "Functional health measure for adjusting health maintenance organization capitation rates" in *Health Care Financing Review*, 1986, 7, 3 : 85-95.

TRASKA M.R., "Alternate care, former risk contractors are leery of rule changes" in *Hospitals*, 1986 (July 5) : 82 and 87.

VAYDA E., "Prepaid group practice under universal health insurance in Canada" in *Medical Care*, 1977, XV, 5 : 382-389.

VEIT H.R., "Health-maintenance organizations and medicaid" in ALTMAN STUART H ed., LION J. ed., *Ambulatory care, problems of cost and access*, Toronto, Lexington, 1983, p. 147-157.

WARD R.A., "HMO satisfaction and understanding among recent medicare enrollees" in *Journal of Health and Social Behavior*, 1987, 28, 4 : 401-412.

WAREJ E., ROGERS W.H., DAVIES A.R., GOLDBERG G.A., BROOK R.H., KEELER E.B., SHERBOURNE C.D., CAMP P., "Comparison of health outcomes at a health maintenance organisation with those of fee-for-service care" in *The Lancet*, 1986, 1, 8488 : 1017.

WASSON J.H., SAUVIGNE A.E., BALESTRA D., MOGIELNICKI R.P., NELSON E., FREY W.G.,WEBSTER S., "Capitation for medical care, the importance of health status in older patients" in *Medical Care*, 1987, 25, 10 : 1002-1006.

WELCH B.L., HAY J.W., MILLER D.S., OLSEN R.J., RIPPEY R.M., WELCH A.S., "Scholarly debate, the Rand health insurance study: a summary critique" in *Medical Care*, 1987, 25, 2 : 148-156.

WELCH W.P., "HMO enrollment and medicaid, survival analysis with a Weibull function" in *Medical Care*, 1988, 26, 1 : 45-52.

WELCHW.P., *Price elasticity of HMO enrollment, a national sample - executive summary*, Rockville, National Center for Health Services Research and Health Care Technology Assessment, 1986, 7 p..

WELLS K.B., MANNING W., BENJAMIN B., "A comparison of the effects of sociodemographic factors and health status on use of outpatient mental health services in HMO and FEE-for-service plans" in *Medical Care*, 1986, 24, 10 : 949-960.

WELLS K.B., MANNING W.G., BENJAMIN B., "Comparison of use of outpatient mental health services in an HMO and Fee-for-service plans" in *Medical Care*, 1987, 25, 9 : 894-903.

WILENSKY G.R., ROSSITER L.F., "Patient self-selection in HMOS" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 66-80.

WILNER S., "Health promotion and disease prevention in HMO" in *Health Affairs*, 1986, 5, 1 : 122-134.

WYSZEWIANSKI L., THOMAS J.W., FRIEDMAN B.A., "Case-based payment and the control of quality and efficiency in hospitals" in *Inquiry*, 1987, 24 (spring) : 17-25.